REGINA MARIA
REȚEAUA PRIVATĂ DE SĂNĂTATE

RAPORT MEDICAL

Profil	ASIGURAT CNAS	**Numar registru**	4094661
Nume pacient	Gheorghiu Mariana	**Recomandat de**	DINU Ioana Nicoleta
Varsta la consult	59 ani, 11 luni	**Consultat de**	Dr.ALBU DIANA-HANELORE
Cod pacient	102785784	**Data**	11.06.2026 13:17
CNP	2660704297291	**Urgenta Imagistica**	NU

Servicii efectuate

RMN cranio cerebral nativ si cu substanta de contrast

Angiografie RMN craniu

RMN coloana cervicala nativ

RMN coloana lombara nativ

Etaj cranio-cerebral
Fara modificari sugestive pentru o leziune ischemica recenta.
Modificari sechelare caracterizate prin hipersemnal T2/FLAIR cortico-subcortical frontal drept, asociind usoara atrofie locala si doua hipersemnale corticale discrete la nivel parietal bilateral, cu aspect relativ stationar comparativ cu examinarea IRM anterioara (23.09.2025).
Cateva arii in hipersemnal T2 si FLAIR, localizate in substanta alba fronto-parietal bilateral, periventricular si mezencefalic, fara modificarea semnalului dupa administrarea substantei de contrast paramagnetic, sugestive pentru leziuni in stadiu cronic, probabil de origine vascular-ischemica, cu aspect stationar.
Cate o mica imagine lacunara la nivel cerebelos bilateral, cu aspect stationar.
Nu se deceleaza formatiuni expansive intracraniene.
Structurile liniei mediane situate in planul de simetrie al capului.
Sistem ventricular simetric, nedilatat. Cisternele de la baza libere.
Pe secventele ANGIO-RM nu se constata anomalii de calibru si permeabilitate la nivelul sistemelor arteriale carotidian intern si vertebrobazilar.
Permeabilitatea sistemului venos cerebral.
Orbite, continut orbitar, chiasma optica normale IRM.
Hipofiza normala IRM.
Ureche medie si interna normale IRM.
Mici chisturi retentionale de mucoasa in sinusul maxilar drept. Cateva celule mastoidiene drepte obliterate.
Minima deviere a septului nazal spre stanga. Hipertrofia mucoasei cornetelor nazale inferioare.
Concha bullosa pe partea dreapta.

COLOANA CERVICALA
Rectitudinea coloanei cervicale.
Buna aliniere a retrozidului. Corpi vertebrali cu inaltime pastrata.
Mici osteofite marginale antero-laterale si posterioare etajate.
Fenomene de deshidratare discala. Usoara reducere a inaltimii discale cervical inferior.
Nu se constata modificari de semnal la nivelul cordonului medular din etajul cervical.

La etajul C4-C5: mica protruzie discala centrala si subarticulara dreapta,ce amprenteaza discret cordonul medular (stenoza grad 2 Kang), cu posibil contact radicular preforaminal drept.
La etajul C5-C6: debord discal circumferential ce amprenteaza cordonul medular (stenoza grad 2 Kang) si vine in contact cu radacinile nervoase la nivel preforaminal bilateral.
La etajul C6-C7: usor debord discal circumferential ce ampreneaza sacul dural, fara contact radicular evident.
La etajul C7-T1: complex disco-osteofitic, mai pronuntat subarticular si foraminal drept, nivel la care pare sa atinga usor radacina nervoasa homolaterala.
La etajul T1-T2: mica protruzie discala intraforaminala dreapta cu usor contact radicular la acest

nivel.

Surprinse pe sectiunile sagitale se evidentiaza deborduri discale etajate la nivelul etajelor dorsale din volumul scanat (T2-T5).

COLOANA LOMBARA
Mentinerea lordozei coloanei lombare. Scolioza dextroconvexa.
Buna aliniere a retrozidului.
Corpi vertebrali cu inaltime pastrata.
Mici osteofite marginale antero-laterale.
Hernii intraspongioase la L4-S1.
Fenomene de deshidratare discala la nivelul tuturor discurilor lombare.
Cordon medular cu morfologie si semnal in limite normale, proiectat in dreptul corpului vertebral L1.

La etajul L1-L2: usoara bombare discala posterioara ce amprenteaza discret sacul dural, fara contact radicular.
La etajul L3-L4: usor debord discal, mai pronuntat subarticular stang, cu discret contact radicular preforaminal homolateral.
La etajul L4-L5: debord discal circumferential ce vine usor in contact cu radacinile nervoase la nivel preforaminal bilateral.
La etajul L5-S1: usoara bombare discala posterioara ce prezinta fisura inelului fibros la nivel subarticular bilateral, tangenta la radacinile nervoase preforaminal bilateral, fara contact evident.

Nu se constata stenoza semnificativa foraminala sau a canalului vertebral.
Moderata atrofie a muschilor paraspinali.
Parti moi fara particularitati.

Concluzii:
Modificari sechelare cerebrale cu aspect stationar.
Mici lacune ischemice la nivelul emisferelor cerebeloase, stationare.
Leziuni cronice in substanta alba supra- si infratentoriala, cu substrat probabil microangiopatic.
Rectitudinea coloanei cervicale. Spondilodiscartroza cervicala moderata, cu contacte radiculare multiple.
Scolioza lombara dextroconvexa. Discopatii lombare etajate, cu contacte radiculare L4 stang si L5 bilateral.

Recomandari Raportul examinarii imagistice se recomanda a fi integrat in context clinic si biologic de medicul curant

Dr.ALBU DIANA-HANELORE

Dr. Diana-Hanelore ALBU
Medic specialist
Radiologie-imagistică medicală
Cod: H10372

Raport istoric analize

Nume: GHEORGHIU
Prenume MARIANA

CNP 2660704297291
Varsta 59 ani

Test	Analizor	Val. norm.	Unit. mas.	HK2638 17.06.2026 13:29	HK2666 17.06.2026 16:38	HK2683 17.06.2026 21:13	HK2709 18.06.2026 06:54	HK2891 18.06.2026 10:06	HK3330 20.06.2026 08:54	HK3715 22.06.2026 09:35	HK4677 25.06.2026 08:27
WBC - globule albe	SYSMEX XN1000_2	4.0 - 10.0	*10³/µL	8.58							
RBC - globule rosii	SYSMEX XN1000_2	3.80 - 5.20	*10⁶/µL	4.40							
HGB - hemoglobina	SYSMEX XN1000_2	11.5 - 15.7	g/dl	13.1							
HCT - hematocrit	SYSMEX XN1000_2	34.5 - 47.0	%	39.0							
MCV - volum eritrocitar mediu	SYSMEX XN1000_2	80 - 100	fL	88.6							
MCH - hemoglobina eritrocitara medie	SYSMEX XN1000_2	27.0 - 34.0	pg	29.8							
MCHC - conc. de hemoglobina eritrocitara medie	SYSMEX XN1000_2	32.0 - 36.0	g/dl	33.6							
PLT - trombocite	SYSMEX XN1000_2	150 - 450	*10³/µL	206							
NEUT% - procent neutrofile	SYSMEX XN1000_2	45.0 - 80.0	%	* 80.2							
LYMPH% - procent limfocite	SYSMEX XN1000_2	22.0 - 53.0	%	* 11.2							
MONO% - procent monocite	SYSMEX XN1000_2	5.0 - 15.0	%	8.3							
EO% - procent eozinofile	SYSMEX XN1000_2	0.0 - 7.0	%	0.1							
BASO% - procent bazofile	SYSMEX XN1000_2	0.0 - 2.0	%	0.2							
NEUT# - neutrofile in valoare absoluta	SYSMEX XN1000_2	1.80 - 8.0	*10³/µL	6.88							
LYMPH# - limfocite in valoare absoluta	SYSMEX XN1000_2	1.0 - 5.0	*10³/µL	* 0.96							
MONO# - monocite in valoare absoluta	SYSMEX XN1000_2	0.2 - 1.5	*10³/µL	0.71							
EO# - eozinofile in valoare absoluta	SYSMEX XN1000_2	0.0 - 0.7	*10³/µL	0.01							
BASO# - bazofile in valoare absoluta	SYSMEX XN1000_2	0.0 - 0.2	*10³/µL	0.02							

ta tiparirii 26.06.2026 12:01

	Analizor	Val. norm.	Unit. mas.	HK2638 17.06.2026 13:29	HK2666 17.06.2026 16:38	HK2683 17.06.2026 21:13	HK2709 18.06.2026 06:54	HK2891 18.06.2026 10:06	HK3330 20.06.2026 08:54	HK3715 22.06.2026 09:35	HK4677 25.06.2026 08:27
IG% - procent granulocite imature	SYSMEX XN1000_2	0.0 - 4.0	%	0.3							
IG# - granulocite imature in valoare absoluta	SYSMEX XN1000_2	0.00 - 4.00	*10³/µL	0.03							
NRBC% - procent eritroblasti	SYSMEX XN1000_2		%	0.0							
NRBC# - eritroblasti in valoarea absoluta	SYSMEX XN1000_2		10³/µL	0.00							
RDW-CV	SYSMEX XN1000_2	11.7 - 14.4	%	12.1							
RDW-SD	SYSMEX XN1000_2	36.4 - 46.3	fl	39.8							
PDW - deviatia standard a marimii trombocitelor	SYSMEX XN1000_2	11.0 - 18.0	fl	11.8							
MPV - volum trombocitar mediu	SYSMEX XN1000_2	9.4 - 12.3	fL	10.6							
PCT - plachetocrit	SYSMEX XN1000_2	0.15 - 0.5	%	0.22							
*D-DIMERI	STA COMPACT	0 - 0.5	µg/ml					* 1.92		* 1.35	* 1.16
ACID URIC SERIC	ALINITY_C	2.5 - 6.2	mg/dL				2.7				
*PROCALCITONINA	COBAS_ELECSYS	0.02 - 0.5	ng/ml				* 0.999			0.161	
Proteina C reactiva	COBAS INFINITY	0 - 5	mg/L								* 22.10
CLOR SERIC	ALINITY_C	98 - 107	MMOL/L		102.1				106.2		
COLESTEROL SERIC TOTAL	ALINITY_C	120 - 200	mg/dL				178				
CREATININA SERICA	ALINITY_C	0.6 - 1.2	mg/dL		0.72				0.66		
GLICEMIE	ALINITY_C	70 - 115	mg/dL		100						
GGT	ALINITY_C	0 - 40	u/l				25				
*HDL-COLESTEROL	ALINITY_C	65 - 100	mg/dL				* 60.4				
LDL- COLESTEROL	ALINITY_C	0 - 130	mg/dL				96.20				
POTASIU SERIC	ALINITY_C	3.5 - 5.1	MMOL/L		4.16				3.76		
Proteina C reactiva	ALINITY_C	0 - 5	mg/L		* 96.5					* 93.8	
PROTEINE TOTALE SERICE	ALINITY_C	66 - 87	g/L				* 64				
*REZERVA ALCALINA (bicarbonat seric)	ALINITY_C	22 - 29	mmol/L		24				25	27	
SODIU SERIC	ALINITY_C	135 - 148	MMOL/L		135				141		
TGO	ALINITY_C	0 - 32	u/L				* 46				
TGP	ALINITY_C	0 - 34	u/l				* 35				
TRIGLICERIDE SERICE	ALINITY_C	35 - 135	mg/dL				107				
UREE SERICA	ALINITY_C	10 - 50	mg/dL		20				19		
Bilirubina - Sumar Urina (bandeleta) - LABUMAT	LABUMAT2 URISED3	negativ			neg		neg				neg

Test	Analizor	Val. norm.	Unit. mas.	HK2638 17.06.2026 13:29	HK2666 17.06.2026 16:38	HK2683 17.06.2026 21:13	HK2709 18.06.2026 06:54	HK2891 18.06.2026 10:06	HK3330 20.06.2026 08:54	HK3715 22.06.2026 09:35	HK4677 25.06.2026 08:27
Urobilinogen	LABUMAT2 URISED3	normal			norm		++				norm
Corpi Cetonici	LABUMAT2 URISED3	negativ			(+)		(+)				neg
*Acid ascorbic	LABUMAT2 URISED3	negativ			neg		neg				neg
Glucoza	LABUMAT2 URISED3	normal			norm		(+)				norm
Proteina	LABUMAT2 URISED3	negativ (+) = 15mg/dl + = 30mg/dl ++ = 100mg/dl +++ = 500mg/dl			neg		neg				neg
*CREA	LABUMAT2 URISED3	90 - 300	mg/dl		* 50		100				100
Hematii	LABUMAT2 URISED3	negativ			++		+				neg
pH	LABUMAT2 URISED3	5.0 - 6.0			* 7.5		6				* 6.5
Nitriti	LABUMAT2 URISED3	negativ			pos		pos				neg
*mALB	LABUMAT2 URISED3	normal = 10mg/L + = 30mg/L ++ = 80mg/L +++ = 150mg/L ++++ = 500mg/L			+++		++++				norm
Leucocite	LABUMAT2 URISED3	negativ			+++		+++				+
*ACR - Raport Albumina/Creatinina	LABUMAT2 URISED3	normal = <30 mg/g abnormal = 31-299 mg/g high abnormal = >300 mg/g			igh abnormal		igh abnormal				normal
*PCR - Raport Proteine/Creatinina	LABUMAT2 URISED3	normal = <500 mg/g abnormal = >500 mg/g			normal		normal				normal
Densitate specifica	LABUMAT2 URISED3	1.005 - 1.030	g/cm3		1.009		1.017				1.009
Hematii - Sediment urinar - URISED 3 PRO	LABUMAT2 URISED3	0 - 2.3	p/HPF		* 22.8		* 11				1.4
Leucocite	LABUMAT2 URISED3	0 - 2.7	p/HPF		* 75.6		* 213				* 2.8
Cristale total	LABUMAT2 URISED3	0 - 1.4	p/HPF		1.2		1.1				0.2
.CRY	LABUMAT2 URISED3	0 - 1.4	p/HPF		0.9		0.4				0
.Oxalat de calciu monohidrat	LABUMAT2 URISED3	0 - 1.4	p/HPF		0.3		0				0.1
.Oxalat de calciu dihidrat	LABUMAT2 URISED3	0 - 1.4	p/HPF		0		0				0
.riplu fosfat	LABUMAT2 URISED3	0 - 1.4	p/HPF		0		0.5				0

Data tiparirii 26.06.2026 12:01

Spitalul CI Parhon

Iasi, B-dul Carol I, nr. 50
Explorari Functionale

Examination Summary: GHEORGHIU MARIANA

The examination lasted for 22:10:52.
Is started on 24-06-26 09:54.

In the recorded ECG detected:

- 98985 beats
- **The average Heart Rate was 76**
- **Maximum Heart Rate was 140**
- **Minimum Heart Rate was 54**

Moreover SupraVentricular beats were detected:

- 53 Single Premature SupraVentricular beats,
- 0 segments of PSVT,
- 8 segments of SupraVentricular tachycardia,
- 0 segments of SupraVentricular bradycardia,
- 0 segments of SupraVentricular irregular rhythm,
- 0 Cardiopauses,
- 0 AFib,
- 0 Wenckebach Block.

Moreover 1 Ventricular beats were detected

- 0 Single Premature Ventricular beats,
- 0 segments of Ventricular tachycardia,
- 0 segments of IVR,
- 0 segments of Salvo events,
- 0 segments of bigeminy,
- 0 segments of trigeminy,
- 0 Ventricular couplets.

The patient encountered 0 abnormal situations (events).

Diagnostic remarks: **FC maxima=140/min, FC minima=54/min, FC medie=76/min. Ritm sinusal pe tot parcursul inregistrarii. Foarte rare extrasistole supraventriculare simple. Scurte episoade de tahicardie sinusala pana la FC =140/min, in cursul serii (ora 20:27) si diminetii (ora 07:00). Absenta modificarilor ischemice in dinamica. Absenta pauzelor mai mari de 2,5 secunde.**

Physician's Signature
Dr. GRIGORAS GABRIELA

Dr. Gabriela GRIGORAȘ
medic primar medicină internă
specialist geriatrie-gerontologie
Cod: E78714

GHEORGHIU MARIANA Age: 60

AMBULATORY ECG REPORT

25-06-2026

Time	ALL-DAY RHYTHM Max HR	Min HR	Avg HR	Beats	Artef[%]	MAX ST-SEGMENT ELEVATION/DEPRESSION* Chan. II	Chan. V2	Chan. V5	Chan. II	Chan. V2	Chan. V5	EVENT ST
Total:	144	52	76	98985	0.00	-	-	-	-	-	-	-
09:54	144	67	92	5406	0.00	-	-	-	-	-	-	-
10:54	144	65	89	5235	0.00	-	-	-	-	-	-	-
11:54	114	60	77	4556	0.00	-	-	-	-	-	-	-
12:54	105	57	73	4339	0.00	-	-	-	-	-	-	-
13:54	105	63	86	5152	0.10	-	-	-	-	-	-	-
14:54	130	62	86	5014	0.00	-	-	-	-	-	-	-
15:54	91	56	72	4309	0.00	-	-	-	-	-	-	-
16:54	105	52	76	4465	0.00	-	-	-	-	-	-	-
17:54	102	61	75	4474	0.00	-	-	-	-	-	-	-
18:54	121	66	84	4972	0.00	-	-	-	-	-	-	-
19:54	130	62	78	4650	0.00	-	-	-	-	-	-	-
20:54	83	59	69	4135	0.00	-	-	-	-	-	-	-
21:54	109	60	84	4942	0.00	-	-	-	-	-	-	-
22:54	99	61	67	4003	0.00	-	-	-	-	-	-	-
23:54	93	59	67	4012	0.00	-	-	-	-	-	-	-
00:54	100	58	67	4030	0.00	-	-	-	-	-	-	-
01:54	95	55	63	3758	0.00	-	-	-	-	-	-	-
02:54	89	53	61	3674	0.00	-	-	-	-	-	-	-
03:54	94	52	59	3560	0.00	-	-	-	-	-	-	-
04:54	99	53	64	3811	0.00	-	-	-	-	-	-	-
05:54	105	58	66	3949	0.00	-	-	-	-	-	-	-
06:54	130	57	93	5479	0.00	-	-	-	-	-	-	-
07:54	121	84	98	1060	0.00	-	-	-	-	-	-	-
08:54	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Time	SUPRAVENTRICULAR ARRHYTHMIAS S'SVE	PSVT	Tachy	Brady	IRR	Pause	AFib	ock W	VENTRICULAR ARRHYTHMIAS S'VE	VT	IVR	Salvo	Bigem	Trigem	ouplet	RonT
Total:	67	0	8	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
09:54	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10:54	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11:54	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12:54	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13:54	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14:54	4	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15:54	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16:54	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17:54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18:54	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19:54	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20:54	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21:54	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
22:54	35	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23:54	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
00:54	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
01:54	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
02:54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
03:54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
04:54	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
05:54	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
06:54	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
07:54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
08:54	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

(*) Max ST-segment elevation/depression in [mm]

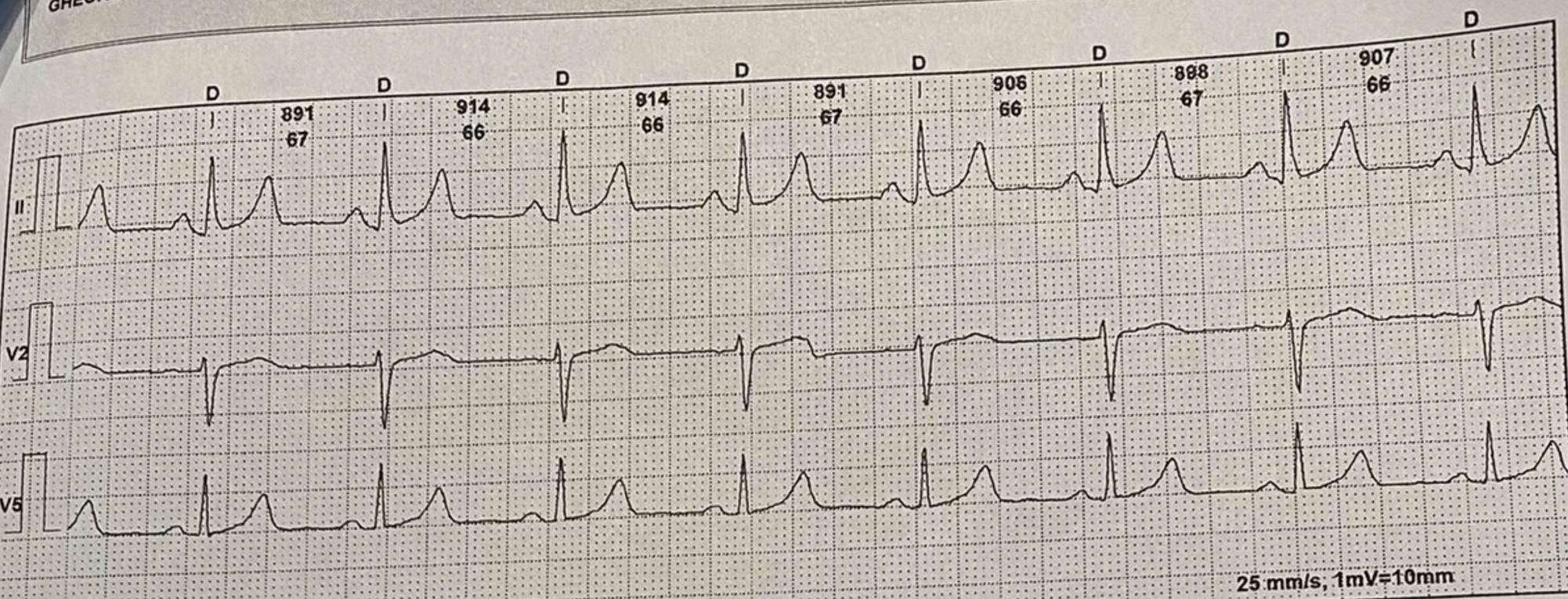
© Copyright ASPEL S.A. 1998-2018 (http://www.aspel.com.pl)

25-06-2026

GHEORGHIU MARIANA Age: 60

ECG STRIPS

25-06-2026

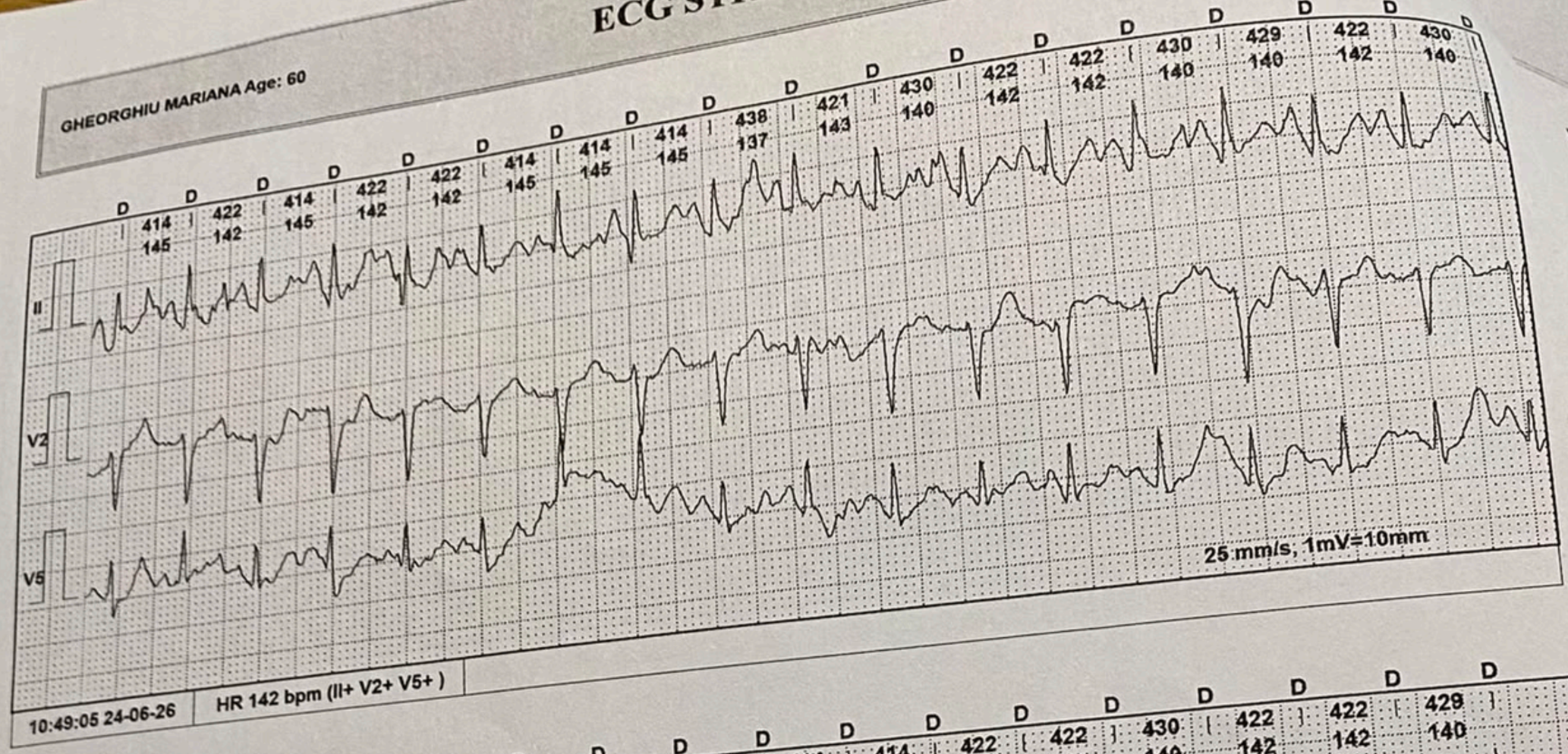


23:01:50 24-06-26	HR 66 bpm (II+ V2+ V5+)

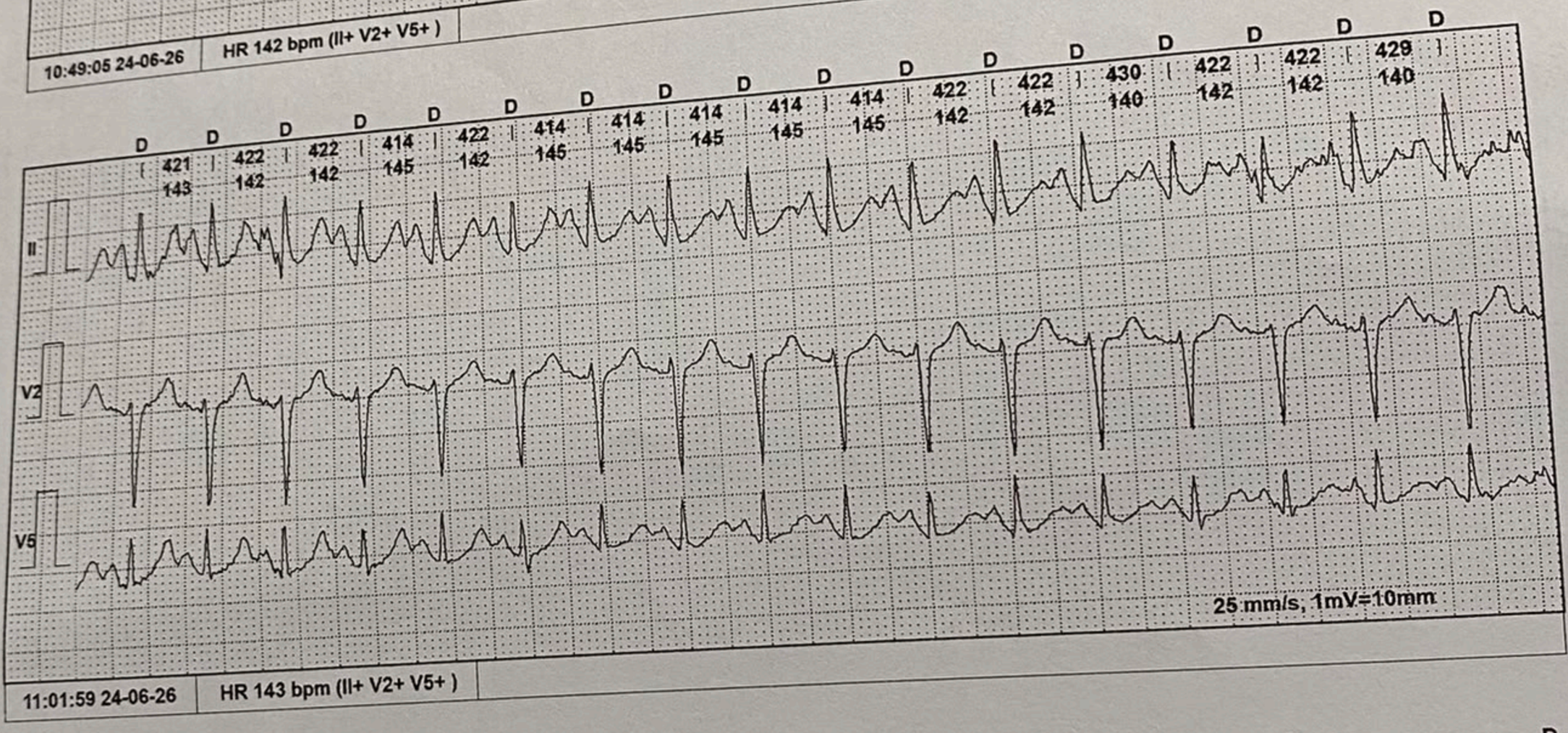
© Copyright ASPEL S.A. 1998-2018 (http://www.aspel.com.pl)

ECG STRIPS

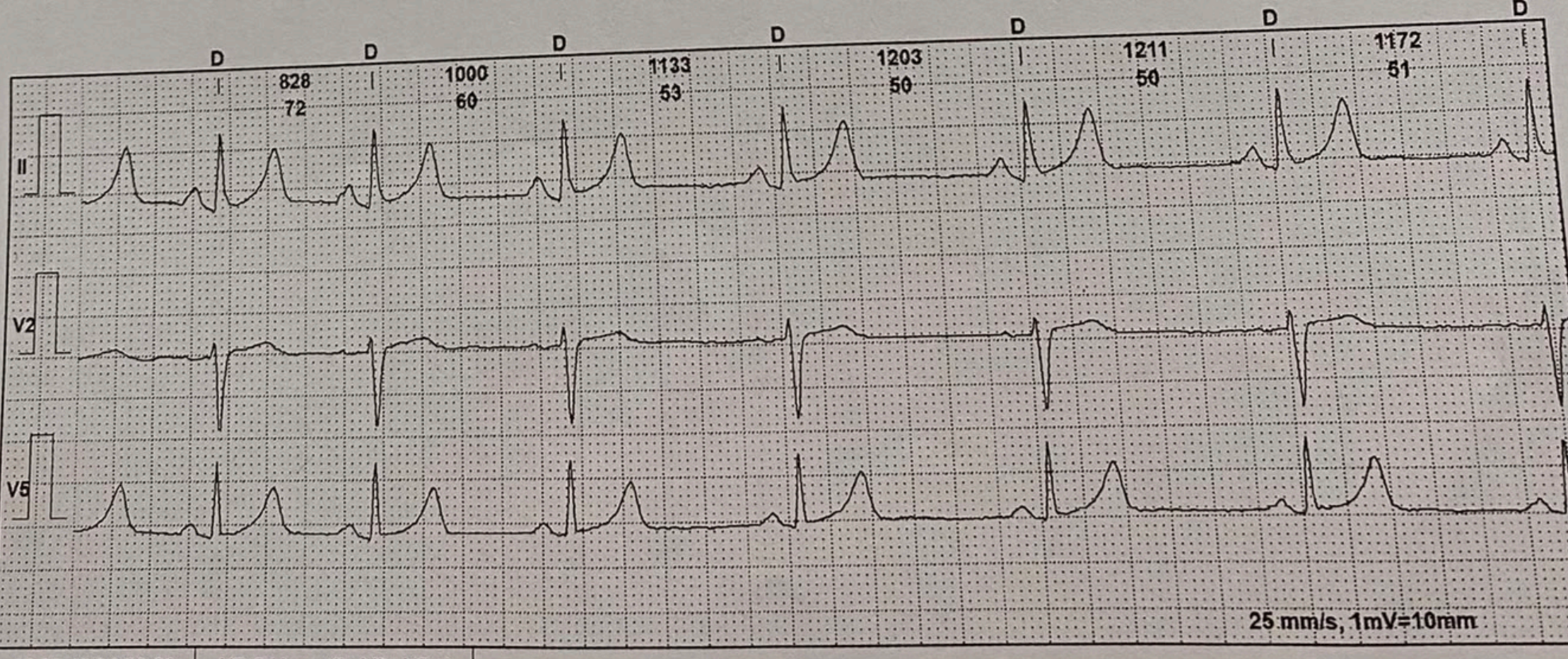
GHEORGHIU MARIANA Age: 60



10:49:05 24-06-26 | HR 142 bpm (II+ V2+ V5+)



11:01:59 24-06-26 | HR 143 bpm (II+ V2+ V5+)



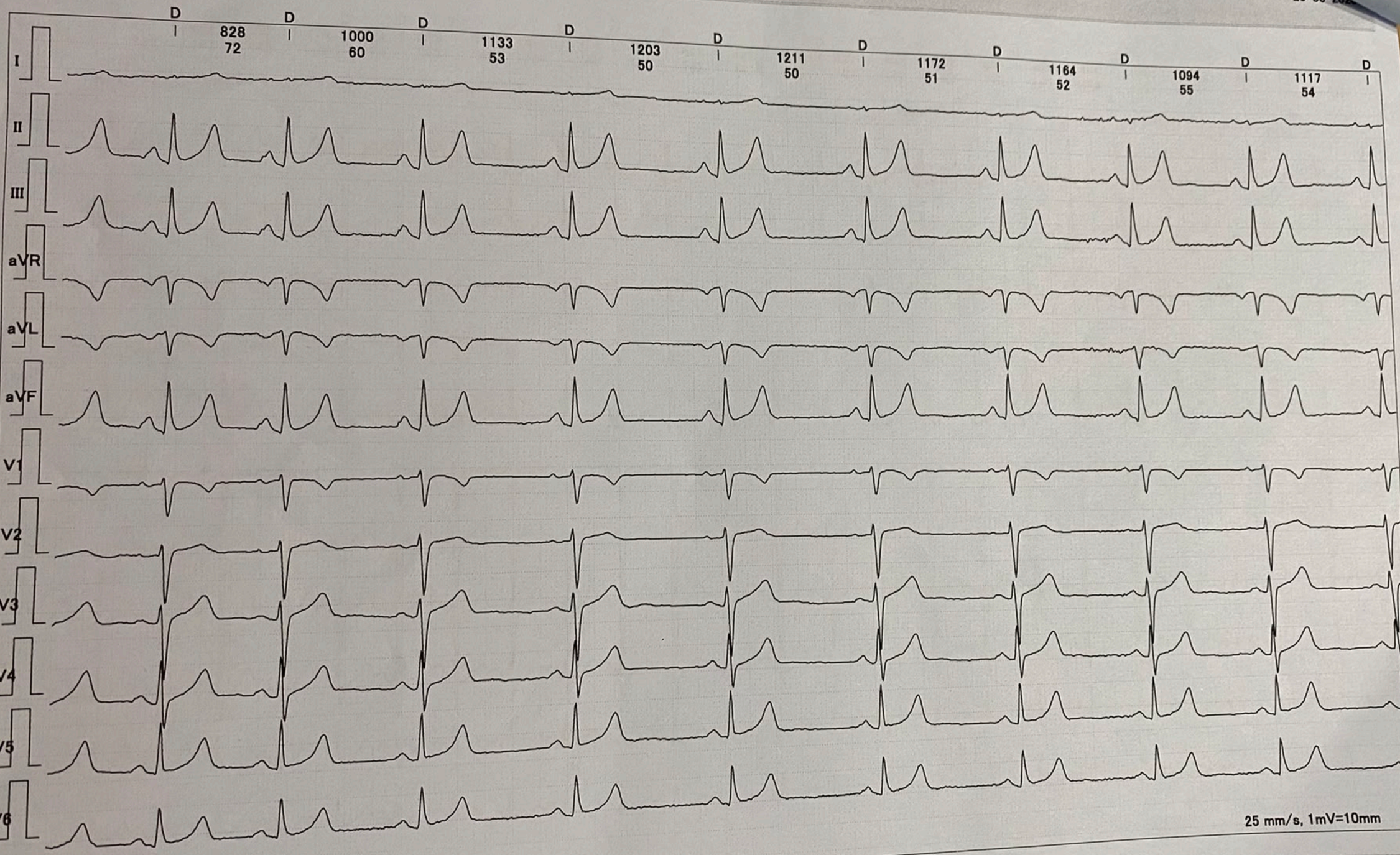
17:20:43 24-06-26 | HR 54 bpm (II+ V2+ V5+)

HolCARD 24W Version 8.07.05

© Copyright ASPEL S.A. 1998-2018 (http://www.aspel.com.pl)

GHEORGHIU MARIANA Age: 60

ECG STRIPS



17:20:43 24-06-26 | HR 54 bpm (II+ V2+ V5+)

℗ Copyright ASPEL S.A. 1998-2018 (http://www.aspel.com.pl)

HolCARD 24W Version 8.07.05

FC

GHEORGHIU MARIANA Age: 60

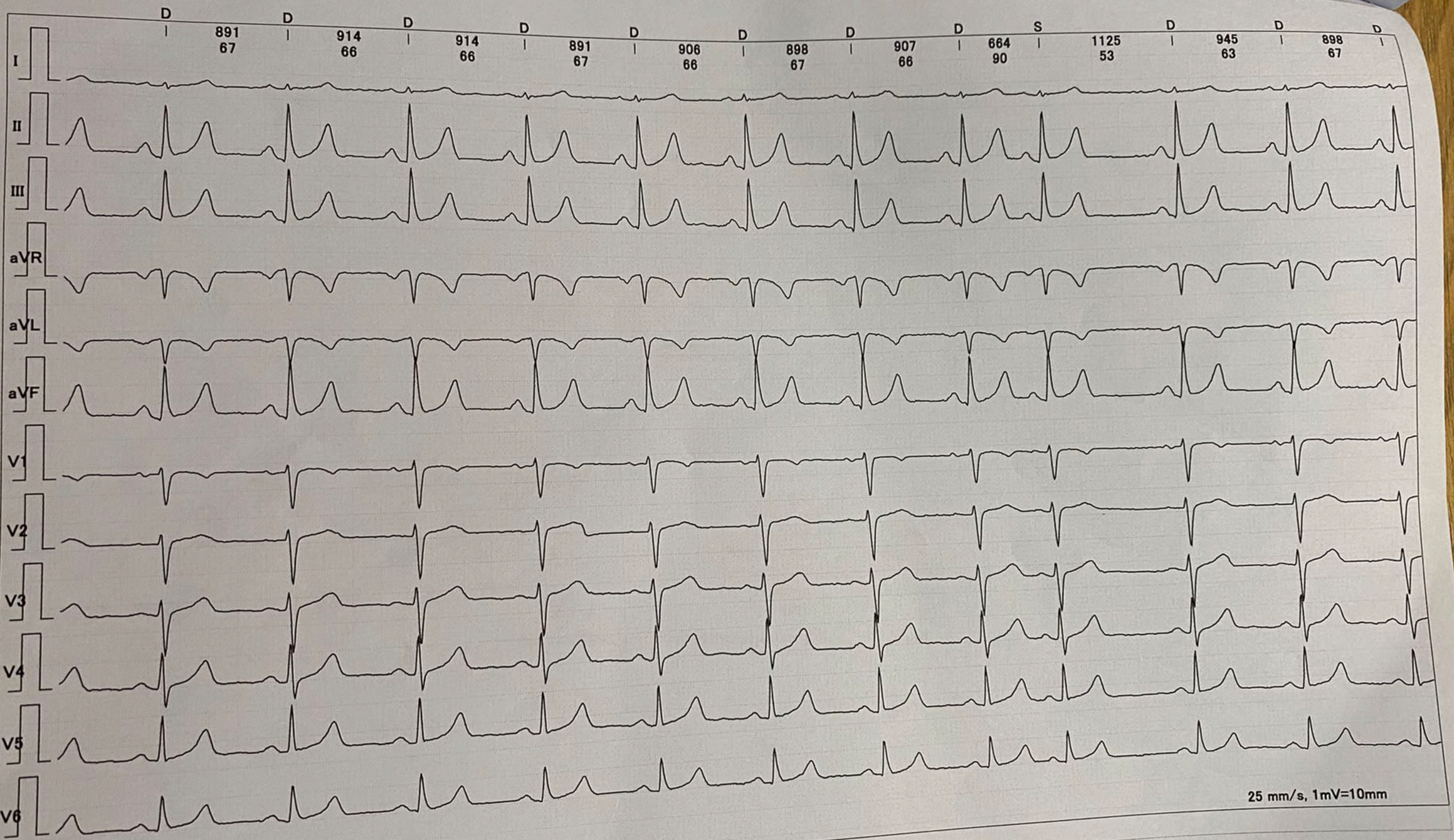
ECG STRIPS

25-06-26

D D D

GHEORGHIU MARIANA Age: 60

ECG STRIPS



23:01:50 24-06-26 | HR 66 bpm (II+ V2+ V5+)

Copyright ASPEL S.A. 1998-2018 (http://www.aspel.com.pl)

HolCARD 24W Version 8.07.05

Sp. Cl. Dr. C. I. Parhon

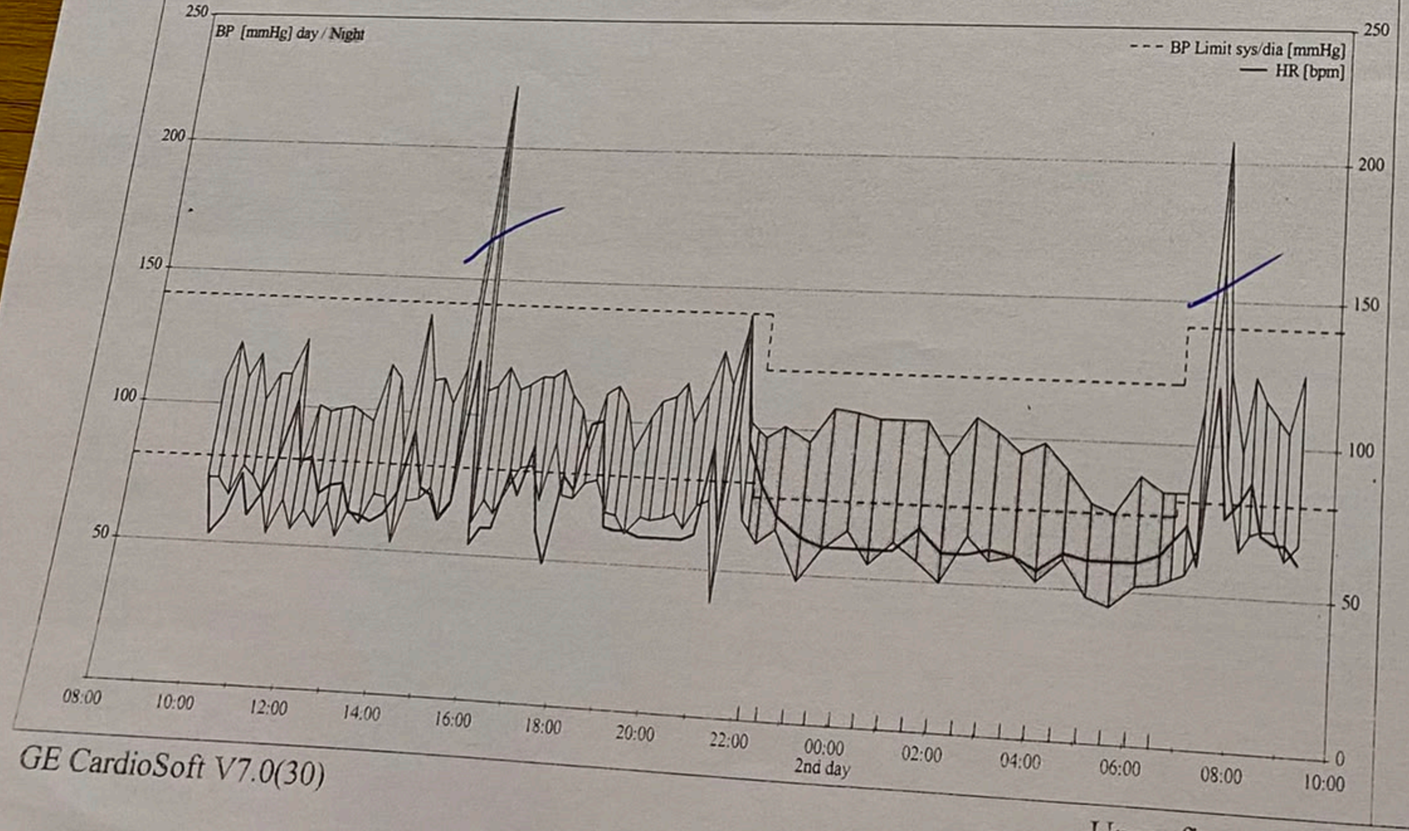
Ambulatory Blood Pressure / Test Summary

G ORGHIU, MARIANA
Patient ID: 2660704297291
22.06.2026 Female
9:47:16 59 yrs

Location: * 0 *

Statistics Summary	Total	Day Time	Night Time	Early Morning (Auto)
Duration	23:32 h	14:38 h	8:54 h	2:00 h
Valid Measurements	77/77 (100 %)	59/59 (100 %)	18/18 (100 %)	9/9 (100 %)
BP Load sys [%]	2.5	3.3 (> 140 mmHg)	0.0 (> 120 mmHg)	11.1 (> 140 mmHg)
BP Load dia [%]	9.0	11.8 (> 80 mmHg)	0.0 (> 75 mmHg)	22.2 (> 80 mmHg)
Average sys/dia [mmHg]	109.2 / 68.7	113.1 / 72.5	96.5 / 56.5	120.4 / 80.0
Variability	21.3 / 21.3	22.4 / 22.9	9.4 / 6.3	33.2 / 30.4
Average HR [bpm]	70.9	73.5	62.4	78.4
Variability	16.1	17.4	5.2	16.6

Night Dip sys/dia [%] 14.7 / 22.1
Statistics Intervals from BP Device Yes



Interpretation

TA maximă 125/70 mmHg (ora 08:19)
TA minimă 85/55 mmHg (ora 6:30)
profil Dipper (14.7)

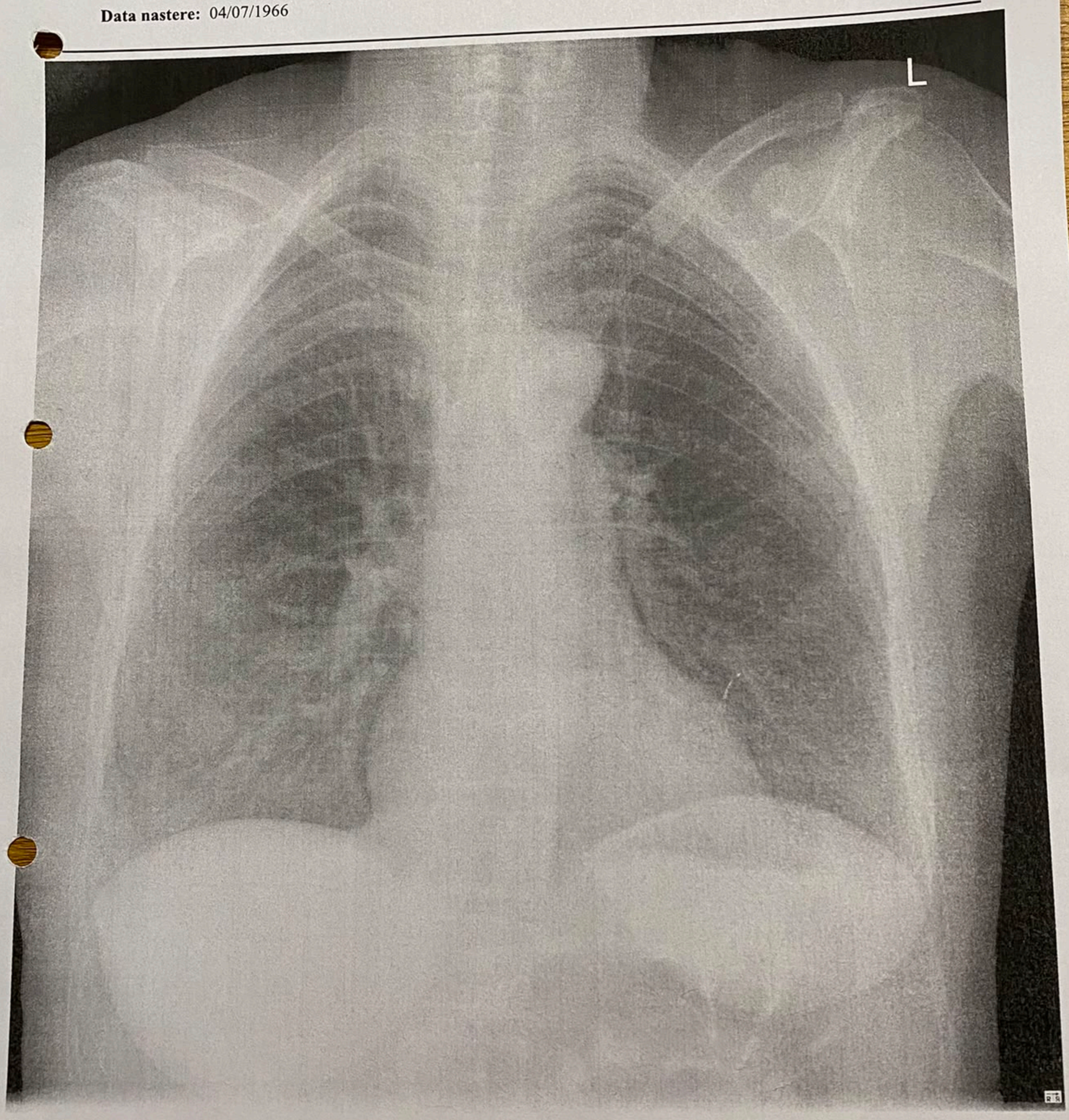
GE CardioSoft V7.0(30)

Unconfirmed

Attending MD:

Nume pacient: GHEORGHIU MARIANA ♀
ID Pacient: 2660704297291
Data nastere: 04/07/1966

Data studiu: 18/06/2026
Modality: DX
Timp studiu: 02:30:43 PM



Am parcurs tot dosarul. Vă spun de la început: pot să vă explic ce înseamnă fiecare document, dar **nu pot să prescriu un tratament** — nu sunt medic, iar situația doamnei este suficient de complexă (infecție recentă, leziuni cerebrale vechi, D-dimeri crescuți) încât orice schemă terapeutică trebuie stabilită de medicul curant, care o vede și îi cunoaște antecedentele și medicația actuală.

---

1. Ce s-a întâmplat în iunie 2026 — imaginea de ansamblu

Analizele (17–25.06) arată clar o **internare pentru o infecție urinară severă**, foarte probabil o pielonefrită acută, care a răspuns bine la tratament.

Argumentele:

Parametru	**17–18.06**	**22.06**	**25.06**	**Interpretare**
Proteina C reactivă	96,5 mg/L	93,8	**22,1**	inflamație mare → în scădere clară
Procalcitonina	0,999 ng/ml	0,161	—	marker de infecție **bacteriană**, normalizat
Nitriți urinari	**pozitiv**	—	negativ	semn direct de bacterii în urină
Leucocite în sediment	75,6 → **213** /HPF	—	2,8	piurie masivă → normalizată
Hematii în sediment	22,8 → 11	—	1,4	normalizate
Microalbuminurie	+++ / ++++	—	normal	„scurgere" renală tranzitorie, reversibilă
Neutrofile	80,2 % (limfocite 11,2 %)	—	—	tipar tipic de infecție bacteriană acută

Concluzia acestei părți este bună: infecția a fost tratată eficient și, la 25.06, practic toți markerii erau normalizați sau aproape.

Ce a rămas de urmărit:

- **D-dimerii:** 1,92 → 1,35 → **1,16 µg/ml** (normal < 0,5). Sunt în scădere, iar valori moderat crescute apar frecvent în orice infecție/inflamație. Totuși, D-dimerii crescuți impun excluderea unei tromboze venoase sau a unei embolii pulmonare — bănuiesc că de aceea s-a făcut și radiografia toracică. Întrebați medicul dacă s-a făcut ecografie Doppler venoasă la membrele inferioare și dacă valoarea a coborât sub 0,5 la un control ulterior.

- **TGO 46 / TGP 35** (ușor crescute), **proteine totale 64 g/L** (ușor scăzute) — modificări minore, obișnuite după o infecție acută și după o perioadă de aport alimentar redus. Se recontrolează.
- **Potasiu 3,76 mmol/L** — la limita inferioară. Contează dacă ia diuretice.
- **Corpi cetonici ++** la 18.06 — semn de deshidratare / alimentație insuficientă în acele zile, nu de diabet (glicemia era 100 mg/dL, normală).

Funcția renală este bună: creatinina 0,72 → 0,66 mg/dL, ureea 20 → 19 mg/dL. Rinichii nu au suferit permanent. **Profilul lipidic este bun:** colesterol total 178, LDL 96, HDL 60, trigliceride 107.

---

2. RMN-ul cerebral (11.06.2026) — partea cea mai importantă pe termen lung

Aici este de fapt problema de fond, mai serioasă decât infecția.

- **Leziuni sechelare** fronto-cortical drept, cu atrofie locală, și două leziuni corticale parietale bilateral — adică **urme ale unor evenimente ischemice vechi** (accidente vasculare, posibil mici sau chiar nesesizate la momentul lor).
- **Leziuni cronice în substanța albă**, periventricular și mezencefalic, cu **substrat probabil microangiopatic** — boala vaselor mici cerebrale.
- **Mici lacune ischemice cerebeloase.**
- **Foarte important: totul este staționar** față de RMN-ul din 23.09.2025. Nu au apărut leziuni noi în 9 luni.
- **Nu există leziune ischemică recentă**, nu există formațiuni expansive (tumori), iar Angio-RM arată **arterele carotide și vertebro-bazilare permeabile, fără stenoze**.

Practic: există o boală cerebrovasculară cronică, dar stabilă și fără complicații acute. Aceasta este situația care justifică o discuție serioasă cu un **neurolog** despre prevenția secundară.

Accesoriu: mici chisturi de retenție în sinusul maxilar drept, deviație minimă de sept, hipertrofie de cornete, concha bullosa — banale, fără semnificație clinică decât dacă are simptome ORL.

---

3. Coloana vertebrală

Cervical: rectitudine (pierderea curburii normale — de obicei contractură musculară), spondilodiscartroză moderată. Protruzii discale la C4-C5 și C5-C6 care amprentează discret măduva (**stenoză grad 2 Kang** — grad mediu, nu critic), cu contact radicular la mai multe

niveluri. **Nu există modificări de semnal în măduvă** — adică măduva este comprimată ușor, dar nu suferă.

Lombar: scolioză dextroconvexă, hernii intraspongioase (noduli Schmorl) L4-S1, deshidratare a **tuturor** discurilor lombare, protruzii etajate cu contact radicular **L4 stânga și L5 bilateral**, fisură de inel fibros la L5-S1. **Fără stenoză semnificativă de canal sau foraminală.**

Un detaliu pe care aș insista: **„moderată atrofie a mușchilor paraspinali"**. Musculatura care susține coloana s-a subțiat. Este singurul element din tot RMN-ul coloanei care poate fi ameliorat activ — prin kinetoterapie.

---

4. Inima — rezultate liniștitoare

Holter ECG 24 ore (24–25.06): ritm sinusal pe tot parcursul. 53 extrasistole supraventriculare din 98.985 bătăi (adică 0,05 % — nesemnificativ), o singură extrasistolă ventriculară, **fără fibrilație atrială, fără pauze, fără modificări ischemice**. Episoade scurte de tahicardie sinusală până la 140/min seara și dimineața — reacție normală la efort sau emoție.

Absența fibrilației atriale este o veste bună în contextul leziunilor cerebrale ischemice, pentru că exclude cea mai frecventă cauză cardio-embolică.

Holter TA 24 ore (22.06): medie 109/69 mmHg, ziua 113/72, noaptea 96/56. **Profil dipper normal** (scădere nocturnă 14,7 %). Încărcare tensională minimă. **Tensiunea este perfect controlată — chiar la limita inferioară.** Dacă ia medicație antihipertensivă, merită întrebat medicul dacă dozele nu sunt cumva prea mari, având în vedere minima de 85/55.

Radiografia toracică (18.06): nu are raport radiologic atașat. Nu pot și nu ar trebui să o interpretez dintr-o fotografie — cereți buletinul scris.

---

5. Ce aș duce la medic (în loc de „tratament")

Nu vă pot da o schemă. Vă pot da însă lista de întrebări care contează cel mai mult:

1. **Neurolog** — având sechele ischemice, microangiopatie și lacune cerebeloase: ce prevenție secundară este indicată (antiagregant, statină, ținte tensionale)? Când se repetă RMN-ul de control?
2. **Nefrolog / urolog** — infecție urinară cu nitriți pozitivi și piurie masivă: a fost urocultura pozitivă și cu ce germen? Este o infecție recurentă? Sunt necesare investigații pentru o cauză favorizantă (litiază, reflux, reziduu vezical)?
3. **Cardiolog / medic curant** — D-dimerii: s-a exclus tromboza? Se repetă analiza?
4. **Recontrol la 4–6 săptămâni:** hemoleucogramă, CRP, TGO/TGP, creatinină, ionogramă, sumar de urină + urocultură, D-dimeri.

5. **Kinetoterapie** — pentru atrofia paraspinală și pentru rectitudinea cervicală, acesta este singurul „tratament" real și el nu vine dintr-o cutie de pastile.

Dacă doriți, pot să sintetizez toate acestea într-un document Word pe care doamna să îl ia cu ea la consultație — cu evoluția analizelor în tabel și lista de întrebări pentru fiecare specialist. Îmi spuneți doar dacă îl vreți.

Unde e problema, pe scurt

Infecția urinară a fost tratată și s-a rezolvat. Inima e curată. Tensiunea e bine controlată. Rinichii funcționează normal.

Problema reală este una singură: boala vaselor mici de la creier.

RMN-ul arată urmele a cel puțin trei evenimente ischemice vechi (frontal drept, două parietale), lacune cerebeloase și leziuni cronice difuze în substanța albă. Multe dintre acestea probabil s-au produs fără ca doamna să realizeze — sunt așa-numitele „infarcte silențioase". Ele nu dau paralizii, dar se acumulează, iar în timp duc la tulburări de memorie și de concentrare, mers nesigur, instabilitate, uneori labilitate emoțională.

Vestea bună, și e importantă: între septembrie 2025 și iunie 2026 nu a apărut nimic nou. Procesul este oprit în loc. Nu e o urgență — este o problemă de prevenție pe termen lung.

Restul (discopatiile, atrofia musculară paraspinală, scolioza) explică durerile, dar nu este periculos.

Ce ar trebui să facă

1. Programare la neurolog — asta e prioritatea absolută. Cu ambele RMN-uri (2025 și 2026), cu Holterul ECG și cu Holterul de tensiune. Întrebarea de pus: *„Am leziuni ischemice sechelare și microangiopatie. Ce prevenție secundară îmi recomandați?"*

În mod standard, discuția va fi despre un antiagregant plachetar și despre o statină. **Nu vi le pot recomanda eu** — depind de ce mai ia, de riscul hemoragic și de decizia medicului. Dar acestea sunt subiectele care trebuie să apară în consultație. Dacă neurologul nu le aduce în discuție, aduceți-le dumneavoastră.

2. Analizele care lipsesc și pe care ar trebui să le ceară. Din tot dosarul lipsesc exact cele care contează pentru cauza microangiopatiei:

- HbA1c (glicemia de 100 mg/dL e la limită — trebuie știut dacă e prediabet)
- Homocisteina
- TSH

- Vitamina B12 și D
- Ecografie Doppler carotidian (Angio-RM a fost curat, dar Doppler-ul arată plăcile și grosimea intimă-medie)
- Ecografie Doppler venoasă la picioare — pentru D-dimerii încă crescuți

3. Tensiunea — atenție, aici e o capcană. Media de 109/69 și minima de 85/55 sunt *foarte* joase. La cineva cu boala vaselor mici, tensiunea prea mică e la fel de dăunătoare ca cea prea mare: creierul deja irigat prost primește și mai puțin sânge noaptea. Dacă ia medicație antihipertensivă, **întrebați explicit dacă doza nu trebuie redusă.** Nu modificați nimic singuri.

4. Kinetoterapie. Atrofia mușchilor paraspinali este singurul lucru din dosar pe care îl poate schimba activ. 10 ședințe cu un kinetoterapeut, apoi program zilnic acasă. Fără asta, durerile de spate se vor agrava sigur.

5. Zilnic, fără excepții:

- 1,5–2 litri de apă — și pentru prevenirea recidivei urinare, și pentru circulația cerebrală
- 30 de minute de mers pe jos
- oprirea fumatului, dacă fumează (fumatul este cel mai puternic factor pentru microangiopatie)
- somn regulat

6. Recontrol la 4–6 săptămâni: hemoleucogramă, CRP, TGO/TGP, creatinină, ionogramă, sumar urină + **urocultură**, D-dimeri. Iar RMN cerebral de control peste 12 luni, sau imediat dacă apar simptome noi.

7. Semne pentru care se cheamă Salvarea imediat: slăbiciune bruscă pe o parte a corpului, gură strâmbă, vorbire neclară, pierdere bruscă de vedere, cea mai puternică durere de cap din viață.

Un singur lucru de clarificat: dumneavoastră ați spus „doamna Monica", dar toate documentele sunt pe numele **Gheorghiu Mariana**. Verificați că nu s-au amestecat dosarele.

Vă pregătesc documentul Word pentru consultație dacă îmi spuneți.

SINTEZĂ MEDICALĂ PENTRU CONSULTAȚIE

Document de lucru — recapitulare a investigațiilor din iunie 2026

Nume pacient	**GHEORGHIU MARIANA**

Data nașterii	04.07.1966 (59 ani la momentul investigațiilor)
Cod pacient	102785784 — Rețeaua Regina Maria, Iași
Perioada analizată	11.06.2026 – 26.06.2026
Documente incluse	RMN cranio-cerebral + Angio-RM + RMN coloană cervicală și lombară; raport istoric analize (8 seturi); Holter ECG 24 h; Holter TA 24 h; radiografie toracică

OBSERVAȚIE PRELIMINARĂ

Documentele au fost întocmite pe numele Gheorghiu Mariana. Vă rugăm să confirmați identitatea pacientei înainte de prezentarea acestui dosar la consultație.

1. Rezumatul situației

În luna iunie 2026 au fost efectuate două categorii distincte de investigații, cu semnificații foarte diferite:

- **Un episod acut, deja rezolvat:** o infecție urinară severă (probabil pielonefrită acută), tratată eficient între 17 și 25 iunie. Toți markerii inflamatori și infecțioși s-au normalizat sau s-au apropiat de normal.
- **O afecțiune cronică, stabilă, care necesită urmărire pe termen lung:** boala vaselor mici cerebrale (microangiopatie cerebrală), cu leziuni ischemice sechelare vechi, documentată la RMN și neschimbată față de examinarea din 23.09.2025.

CONCLUZIA PRINCIPALĂ

Problema care necesită atenție medicală în continuare NU este infecția (rezolvată) și nici inima (rezultate normale), ci boala cerebrovasculară cronică evidențiată de RMN.

Aceasta nu constituie o urgență — evoluția este staționară de 9 luni — dar impune o consultație de neurologie pentru stabilirea prevenției secundare.

2. Episodul infecțios acut (17–25.06.2026)

2.1. Evoluția markerilor de infecție și inflamație

Parametru	Val. normale	17–18.06	22.06	25.06	Interpretare
Proteina C reactivă	0 – 5 mg/L	96,5	93,8	22,1	Inflamație majoră, în scădere netă
Procalcitonină	0,02 – 0,5 ng/ml	0,999	0,161	—	Marker de infecție bacteriană — normalizat
Leucocite (WBC)	4,0 – 10,0 ×10³/µL	8,58	—	—	În limite normale
Neutrofile	45 – 80 %	80,2	—	—	Tipar de infecție bacteriană acută
Limfocite	22 – 53 %	11,2	—	—	Scăzute reactiv, așteptat în infecție
Nitriți urinari	negativ	POZITIV	—	negativ	Dovadă directă de bacteriurie — dispărută
Leucocite în sediment	0 – 2,7 /HPF	75,6 → 213	—	2,8	Piurie masivă → practic normalizată
Hematii în sediment	0 – 2,3 /HPF	22,8 → 11	—	1,4	Hematurie → normalizată
Microalbuminurie	normal ≤10 mg/L	+++ / ++++	—	normal	Pierdere renală tranzitorie, reversibilă
Raport albumină/creatinină	< 30 mg/g	high abnormal	—	normal	Revenit la normal

Evoluția este univocă și favorabilă: infecția a răspuns la tratamentul antibiotic, iar la data de 25.06.2026 aproape toți parametrii erau normalizați.

2.2. Aspecte rămase de clarificat

Parametru	Valoare	Val. normale	Comentariu
D-dimeri	1,92 → 1,35 → 1,16 µg/ml	0 – 0,5	În scădere, dar încă peste normal. Frecvent crescuți în orice infecție. Necesită totuși excluderea trombozei venoase profunde / emboliei pulmonare.
TGO (AST)	46 u/L	0 – 32	Ușor crescut — obișnuit după infecție acută. Se recontrolează.
TGP (ALT)	35 u/L	0 – 34	La limita superioară. Se recontrolează.

Parametru	Valoare	Val. normale	Comentariu
Proteine totale	64 g/L	66 – 87	Ușor scăzute — aport alimentar redus în perioada bolii.
Potasiu seric	3,76 mmol/L	3,5 – 5,1	La limita inferioară. Relevant dacă pacienta primește diuretice.
Corpi cetonici urinari	++ (18.06)	negativ	Semn de deshidratare / aport caloric scăzut, NU de diabet (glicemia era 100 mg/dL).

2.3. Parametri normali — fără motiv de îngrijorare

Domeniu	Rezultate
Funcția renală	Creatinină 0,72 → 0,66 mg/dL; uree 20 → 19 mg/dL — funcție renală conservată, fără sechele după infecție.
Profil lipidic	Colesterol total 178 mg/dL; LDL 96,2; HDL 60,4; trigliceride 107 — profil favorabil.
Hemoleucogramă	Hemoglobină 13,1 g/dL; hematocrit 39 %; trombocite 206 ×10³/µL; indici eritrocitari normali — fără anemie.
Glicemie	100 mg/dL — în limite normale, dar în treimea superioară (vezi capitolul 6.2).
Ionogramă	Sodiu 135–141 mmol/L; clor 102–106 mmol/L; rezervă alcalină 24–27 mmol/L — echilibru acido-bazic normal.
Acid uric	2,7 mg/dL — normal.

3. RMN cranio-cerebral și Angio-RM (11.06.2026)

Aceasta este partea cea mai importantă a dosarului. Examinarea a fost efectuată nativ și cu substanță de contrast, cu comparație directă față de RMN-ul anterior din 23.09.2025.

3.1. Modificări identificate

- **Leziuni sechelare** cortico-subcorticale frontal drept, cu atrofie locală, și două leziuni corticale discrete parietal bilateral — urmele unor evenimente ischemice vechi (accidente vasculare cerebrale, posibil de mici dimensiuni sau nesesizate clinic la momentul producerii).
- **Leziuni cronice în substanța albă** fronto-parietal bilateral, periventricular și mezencefalic, fără priză de contrast — sugestive pentru leziuni în stadiu cronic, de origine vascular-ischemică, cu substrat probabil microangiopatic (boala vaselor mici).
- **Mici lacune ischemice** la nivelul emisferelor cerebeloase, bilateral.

3.2. Elemente liniștitoare — la fel de importante

- Aspect STAȚIONAR față de examinarea din 23.09.2025 — nu au apărut leziuni noi în interval de 9 luni.
- Fără modificări sugestive pentru o leziune ischemică recentă.
- Nu se decelează formațiuni expansive intracraniene (fără tumori).
- Angio-RM: fără anomalii de calibru și cu permeabilitate păstrată la nivelul sistemelor arteriale carotidian intern și vertebro-bazilar; sistem venos cerebral permeabil.
- Structurile mediane în poziție normală; sistem ventricular simetric, nedilatat; cisterne bazale libere.
- Orbite, chiasmă optică, hipofiză, ureche medie și internă — normale.

3.3. Constatări accesorii, fără semnificație clinică majoră

Mici chisturi de retenție ale mucoasei în sinusul maxilar drept; câteva celule mastoidiene drepte obliterate; deviație minimă de sept nazal spre stânga; hipertrofia mucoasei cornetelor nazale inferioare; concha bullosa pe partea dreaptă. Aceste aspecte devin relevante doar în prezența simptomatologiei ORL (obstrucție nazală persistentă, sinuzite repetate).

4. Coloana vertebrală (RMN 11.06.2026)

4.1. Coloana cervicală

Rectitudinea coloanei cervicale (pierderea lordozei fiziologice, de regulă prin contractură musculară), spondilodiscartroză moderată, mici osteofite marginale antero-laterale și posterioare etajate, fenomene de deshidratare discală.

Nivel	Constatare
C4–C5	Mică protruzie discală centrală și subarticulară dreaptă, amprentează discret cordonul medular (stenoză grad 2 Kang), cu posibil contact radicular preforaminal drept.
C5–C6	Debord discal circumferențial care amprentează cordonul medular (stenoză grad 2 Kang) și vine în contact cu rădăcinile nervoase preforaminal bilateral.
C6–C7	Ușor debord discal circumferențial care amprentează sacul dural, fără contact radicular evident.
C7–T1	Complex disco-osteofitic, mai pronunțat subarticular și foraminal drept; pare să atingă ușor rădăcina nervoasă homolaterală.
T1–T2	Mică protruzie discală intraforaminală dreaptă, cu ușor contact radicular.
T2–T5	Debordări discale etajate, surprinse pe secțiunile sagitale.

Element esențial: nu se constată modificări de semnal la nivelul cordonului medular. Cu alte cuvinte, măduva este ușor amprentată, dar nu suferă. Stenoza grad 2 Kang reprezintă un grad intermediar, nu unul critic.

4.2. Coloana lombară

Lordoză lombară menținută, scolioză dextroconvexă, corpi vertebrali cu înălțime păstrată, mici osteofite marginale antero-laterale, hernii intraspongioase (noduli Schmorl) la nivelul L4–S1, fenomene de deshidratare discală la nivelul tuturor discurilor lombare. Cordonul medular are morfologie și semnal în limite normale.

Nivel	Constatare
L1–L2	Ușoară bombare discală posterioară, amprentează discret sacul dural, fără contact radicular.
L3–L4	Ușor debord discal, mai pronunțat subarticular stâng, cu discret contact radicular preforaminal homolateral.
L4–L5	Debord discal circumferențial, în contact ușor cu rădăcinile nervoase preforaminal bilateral.
L5–S1	Ușoară bombare discală posterioară cu fisură a inelului fibros subarticular bilateral, tangentă la rădăcinile nervoase preforaminal bilateral, fără contact evident.

- Nu se constată stenoză semnificativă foraminală sau de canal vertebral.
- **Moderată atrofie a mușchilor paraspinali.** Acesta este singurul element din întreaga examinare a coloanei care poate fi ameliorat activ, prin kinetoterapie. Musculatura care susține coloana s-a subțiat, ceea ce accentuează încărcarea discurilor și întreține durerea.
- Părți moi fără particularități.

5. Evaluarea cardiovasculară

5.1. Monitorizare Holter ECG 24 ore (24–25.06.2026)

Parametru	Rezultat	Interpretare
Durata înregistrării	22 h 10 min	Înregistrare validă
Total bătăi analizate	98.985	—
Frecvență cardiacă medie	76 /min	Normală
Frecvență cardiacă maximă	140 /min	Tahicardie sinusală scurtă (ora 20:27 și 07:00)
Frecvență cardiacă minimă	54 /min	Normală pentru repausul nocturn
Extrasistole supraventriculare	53 (0,05 %)	Nesemnificative
Extrasistole ventriculare	1	Nesemnificativă
Fibrilație atrială	ABSENTĂ	Foarte important — vezi mai jos
Pauze > 2,5 secunde	ABSENTE	Fără tulburări de conducere
Modificări ischemice dinamice	ABSENTE	Fără semne de ischemie miocardică
Bloc Wenckebach / PSVT / TV	ABSENTE	Fără aritmii patologice

De ce contează absența fibrilației atriale: în prezența unor leziuni cerebrale ischemice, fibrilația atrială este cea mai frecventă sursă cardio-embolică. Absența ei pe 24 de ore de monitorizare este un rezultat favorabil și susține ipoteza microangiopatică (boala vaselor mici) în locul celei embolice.

5.2. Monitorizare Holter tensiune arterială 24 ore (22.06.2026)

Parametru	Valoare	Interpretare
Media pe 24 ore	109 / 69 mmHg	Sub pragul normal — valoare joasă
Media diurnă	113 / 72 mmHg	Normală, spre limita inferioară
Media nocturnă	96 / 56 mmHg	Joasă
TA maximă	125 / 70 mmHg (ora 08:19)	Fără puseuri hipertensive
TA minimă	85 / 55 mmHg (ora 06:30)	Valoare de urmărit

Parametru	Valoare	Interpretare
Încărcare tensională sistolică	2,5 %	Minimă
Încărcare tensională diastolică	9,0 %	Minimă
Profil nocturn (night dip)	14,7 % — profil dipper	Profil fiziologic normal
Măsurători valide	77 / 77 (100 %)	Înregistrare de calitate

PUNCT DE DISCUTAT CU MEDICUL CURANT

Tensiunea arterială este foarte bine controlată — dar valorile se află la limita inferioară a normalului, cu o minimă nocturnă de 85/55 mmHg.

La un pacient cu boala vaselor mici cerebrale, o tensiune prea scăzută poate fi la fel de dăunătoare ca una prea mare: perfuzia unui creier deja hipoperfuzat scade și mai mult în timpul nopții.

Dacă pacienta primește medicație antihipertensivă, este de întrebat explicit dacă dozele nu trebuie reduse. Nicio modificare nu trebuie făcută fără avizul medicului.

5.3. Radiografie toracică (18.06.2026)

În dosar există imaginea radiografică, dar nu și buletinul radiologic scris. Se recomandă solicitarea raportului oficial de la unitatea care a efectuat examinarea. Interpretarea unei radiografii pe baza unei fotografii nu este posibilă și nu trebuie încercată.

6. Unde este, de fapt, problema

6.1. Boala vaselor mici cerebrale

RMN-ul documentează urmele a cel puțin trei evenimente ischemice vechi (frontal drept și două parietale), lacune cerebeloase și leziuni cronice difuze în substanța albă, cu substrat probabil microangiopatic. O parte dintre acestea s-au produs foarte probabil fără manifestări clinice evidente — sunt așa-numitele infarcte cerebrale silențioase.

Aceste leziuni nu provoacă deficite motorii majore, dar se acumulează în timp și pot determina, pe termen lung, tulburări de memorie și de concentrare, mers nesigur și instabilitate posturală, precum și labilitate emoțională.

Elementul favorabil, care nu trebuie pierdut din vedere: între 23.09.2025 și 11.06.2026 nu a apărut nicio leziune nouă. Procesul este staționar. Nu este o urgență, ci o problemă de prevenție pe termen lung — iar prevenția funcționează cel mai bine exact în această fază.

6.2. Factorii care trebuie identificați și corectați

Microangiopatia cerebrală are cauze identificabile. Din dosarul actual lipsesc tocmai investigațiile care le pot preciza:

Investigație lipsă	De ce este necesară
Hemoglobină glicozilată (HbA1c)	Glicemia de 100 mg/dL este în limite normale, dar în treimea superioară. HbA1c arată media glicemiilor pe 3 luni și identifică prediabetul — factor major de risc pentru boala vaselor mici.
Homocisteină serică	Valoarea crescută este un factor de risc independent și corectabil pentru leziunile de substanță albă.
TSH (± FT4)	Disfuncția tiroidiană influențează profilul lipidic, tensiunea și ritmul cardiac.
Vitamina B12 și acid folic	Deficitul agravează atât homocisteina, cât și afectarea neurologică.
Vitamina D (25-OH)	Deficitul este asociat cu risc cardiovascular crescut și cu tonusul muscular scăzut (relevant și pentru atrofia paraspinală).
Ecografie Doppler carotidiană	Angio-RM a fost normal, dar ecografia evaluează plăcile de aterom și grosimea intimă-medie, care nu se văd la fel de bine pe Angio-RM.
Ecografie Doppler venoasă membre inferioare	Pentru excluderea trombozei venoase profunde, în contextul D-dimerilor încă crescuți (1,16 µg/ml).
Urocultură cu antibiogramă	Din dosar nu reiese germenul responsabil de infecția urinară. Este esențial pentru a ști dacă este o infecție recurentă și ce tratament este eficient în caz de recidivă.
Ecografie cardiacă (transtoracică)	Completează evaluarea sursei embolice — funcția ventriculară, valvele, dimensiunea atriului stâng.

7. Întrebări de adresat la consultație

7.1. Pentru medicul neurolog — prioritatea principală

Se prezintă ambele examinări RMN (23.09.2025 și 11.06.2026), Holterul ECG și Holterul de tensiune arterială.

1. Am leziuni ischemice sechelare și microangiopatie cerebrală documentate RMN. Ce prevenție secundară îmi recomandați?
2. Este indicat un tratament antiagregant plachetar? Dacă da, care și în ce doză?
3. Este indicată o statină, având în vedere că profilul lipidic actual este bun (LDL 96 mg/dL)? Care ar trebui să fie ținta LDL în situația mea?
4. Care este ținta tensională recomandată în cazul meu, având în vedere că valorile actuale sunt deja joase (medie 109/69 mmHg)?
5. Ar trebui redusă medicația antihipertensivă actuală, dacă o primesc?
6. Este necesară o evaluare neuropsihologică pentru funcțiile cognitive?
7. La ce interval se repetă RMN-ul cerebral de control?
8. Ce simptome trebuie să mă alarmeze și să mă aducă imediat la medic?

7.2. Pentru medicul nefrolog / urolog

1. Urocultura a fost pozitivă? Cu ce germen și cu ce antibiogramă?
2. Este vorba despre o infecție urinară izolată sau recurentă?
3. Sunt necesare investigații pentru o cauză favorizantă (litiază renală, reflux vezico-ureteral, reziduu vezical post-micțional)?
4. Ce măsuri de prevenire a recidivei îmi recomandați?
5. Microalbuminuria a fost tranzitorie sau necesită urmărire?

7.3. Pentru medicul cardiolog / medicul de familie

1. D-dimerii au rămas crescuți (1,16 µg/ml). S-a exclus tromboza venoasă profundă sau embolia pulmonară?
2. Se repetă determinarea D-dimerilor? La ce interval?
3. Este necesară o ecografie cardiacă transtoracică?
4. Ar fi utilă o monitorizare Holter ECG mai lungă (7 zile), pentru excluderea fibrilației atriale paroxistice?
5. Există raportul radiologic scris pentru radiografia toracică din 18.06.2026?

7.4. Pentru medicul de recuperare medicală / kinetoterapeut

1. Am atrofie moderată a mușchilor paraspinali și rectitudine cervicală. Ce program de kinetoterapie îmi recomandați?

2. Ce exerciții pot face zilnic acasă, în siguranță, având protruzii discale cervicale cu amprentare medulară?
3. Ce mișcări și poziții trebuie evitate?

8. Plan de urmărire propus

Acest plan este o propunere de organizare a pașilor, pentru discuție cu medicul curant. El nu înlocuiește indicația medicală și nu constituie prescripție.

Interval	Acțiune	Detalii
Cât mai curând	Consultație de neurologie	Cu ambele RMN-uri, Holter ECG și Holter TA. Subiect: prevenția secundară a evenimentelor ischemice cerebrale.
Cât mai curând	Completarea analizelor	HbA1c, homocisteină, TSH, vitamina B12, acid folic, vitamina D, urocultură.
2–4 săptămâni	Ecografie Doppler carotidiană	Evaluarea plăcilor de aterom și a grosimii intimă-medie.
2–4 săptămâni	Ecografie Doppler venoasă	Membre inferioare — pentru D-dimerii crescuți.
4–6 săptămâni	Recontrol biologic	Hemoleucogramă, CRP, TGO, TGP, creatinină, uree, ionogramă, sumar de urină, urocultură, D-dimeri.
După avizul medicului	Program de kinetoterapie	Aproximativ 10 ședințe supravegheate, urmate de program zilnic la domiciliu.
La 12 luni	RMN cerebral de control	Sau imediat, în cazul apariției unor simptome neurologice noi.
Permanent	Măsurarea tensiunii la domiciliu	De două ori pe zi, cu notarea valorilor într-un carnet, pentru următoarea consultație.

9. Măsuri zilnice, independente de tratament

Următoarele măsuri au efect dovedit asupra evoluției bolii vaselor mici și nu necesită prescripție. Ele nu înlocuiesc tratamentul stabilit de medic.

- **Hidratare:** 1,5–2 litri de apă pe zi, dacă medicul nu a impus o restricție de lichide. Utilă atât pentru prevenirea recidivei infecției urinare, cât și pentru circulația cerebrală.
- **Activitate fizică:** minimum 30 de minute de mers pe jos zilnic, în ritm susținut, dacă starea o permite.
- **Renunțarea la fumat,** dacă este cazul. Fumatul este cel mai puternic factor de risc modificabil pentru microangiopatia cerebrală.
- **Alimentație:** reducerea sării și a zahărului rafinat, aport crescut de legume, pește și grăsimi nesaturate (tip mediteranean).

- **Somn regulat:** 7–8 ore pe noapte, la ore constante. Tulburările de somn accentuează leziunile de substanță albă.
- **Activitate cognitivă:** citit, jocuri de memorie, activități sociale — factori protectori demonstrați pentru declinul cognitiv.
- **Exerciții pentru coloană:** numai după instruire de către un kinetoterapeut, având în vedere amprentarea medulară cervicală.

10. Semne de alarmă — se apelează 112 imediat

Semn	Semnificație posibilă
Slăbiciune sau amorțeală bruscă pe o parte a corpului (față, braț, picior)	Accident vascular cerebral acut
Asimetrie facială bruscă (gură strâmbă)	Accident vascular cerebral acut
Tulburare bruscă de vorbire — vorbire neclară sau imposibilitatea de a găsi cuvintele	Accident vascular cerebral acut
Pierdere bruscă a vederii, totală sau parțială, la unul sau ambii ochi	Eveniment ischemic ocular sau cerebral
Cea mai puternică durere de cap resimțită vreodată, instalată brusc	Hemoragie subarahnoidiană
Pierdere bruscă a echilibrului, cu vertij intens și vărsături	Eveniment ischemic în teritoriul vertebro-bazilar
Durere toracică cu dispnee, transpirații, iradiere în braț sau mandibulă	Sindrom coronarian acut
Dispnee bruscă, cu durere toracică accentuată de respirație	Embolie pulmonară
Febră peste 38 °C cu durere lombară și urinare dureroasă	Recidivă a infecției urinare / pielonefrită

Regula practică pentru accidentul vascular: orice deficit neurologic instalat brusc înseamnă apel la 112, nu așteptare acasă. Fereastra terapeutică pentru tratamentul de dezobstrucție este de câteva ore, iar întârzierea o închide definitiv.

MENȚIUNE IMPORTANTĂ

Acest document este o recapitulare și o organizare a informațiilor conținute în documentele medicale existente. Nu reprezintă un diagnostic, o interpretare medicală autorizată sau o recomandare de tratament.

Nu a fost întocmit de un medic. Nicio decizie terapeutică — inclusiv începerea, oprirea sau modificarea unui medicament — nu trebuie luată pe baza acestui document.

Scopul lui este exclusiv acela de a fi prezentat medicului curant și medicilor specialiști, ca material de lucru pentru consultație.

Document generat la 30.07.2026.